



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave entre las semanas 24 y 34 de embarazo (Revisión)

Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L

Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L.

Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation

(Tratamiento intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave entre las semanas 24 y 34 de embarazo).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003106.

DOI: [10.1002/14651858.CD003106.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003106.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Tratamiento intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave entre las semanas 24 y 34 de embarazo (Revisión)

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Tratamiento intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave entre las semanas 24 y 34 de embarazo

David Churchill¹, Lelia Duley², Jim G Thornton³, Leanne Jones⁴

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, The Royal Wolverhampton Hospitals NHS Trust, Wolverhampton, UK. ²Nottingham Clinical Trials Unit, Nottingham Health Science Partners, Nottingham, UK. ³Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nottingham, Nottingham, UK. ⁴Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Department of Women's and Children's Health, The University of Liverpool, Liverpool, UK

Dirección de contacto: David Churchill, Department of Obstetrics and Gynaecology, The Royal Wolverhampton Hospitals NHS Trust, New Cross Hospital, Wednesfield, Wolverhampton, West Midlands, WV10 0QP, UK. david.churchill1@nhs.net.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2013.

Referencia: Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation (Tratamiento intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave entre las semanas 24 y 34 de embarazo). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD003106. DOI: [10.1002/14651858.CD003106.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003106.pub2).

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La preeclampsia grave puede causar mortalidad y morbilidad significativas para la madre y el feto, en particular cuando ocurre mucho antes del término, entre las 24 y 34 semanas de gestación. La única cura conocida para esta enfermedad es el parto. Algunos obstetras recomiendan el parto temprano para asegurar que se evite el desarrollo de complicaciones maternas graves como la eclampsia (convulsiones) y la insuficiencia renal. Otros prefieren un enfoque más expectante que retarda el parto en un intento por reducir la mortalidad y la morbilidad del neonato asociadas con un nacimiento demasiado prematuro.

Objetivos

El objetivo de la revisión fue comparar los efectos de una política de atención intervencionista y parto temprano con una política de atención expectante y parto retardado en pacientes con preeclampsia grave de aparición temprana.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (28 de febrero de 2013).

Criterios de selección

Ensayos aleatorios que compararon las dos estrategias de intervención en pacientes con preeclampsia grave de aparición temprana.

Obtención y análisis de los datos

Dos revisores de forma independiente evaluaron los ensayos para inclusión, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Se verificó la exactitud de los datos.

Resultados principales

En esta revisión se incluyeron cuatro ensayos con un total de 425 mujeres. Los ensayos tuvieron bajo riesgo de sesgo para los métodos de asignación al azar y la ocultación de la asignación; alto riesgo para el cegamiento; riesgo incierto para los datos incompletos de resultado y otros sesgos; y bajo riesgo para el informe selectivo. No hay datos suficientes para establecer conclusiones confiables acerca de los efectos

comparativos de la mayoría de los resultados para la madre. Para el recién nacido, no hay pruebas suficientes para establecer conclusiones confiables acerca de los efectos sobre la mortalidad ni la muerte después del parto (cociente de riesgos [CR] 1,08; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,69 a 1,71; cuatro estudios; 425 mujeres). Los recién nacidos cuyas madres habían sido asignadas al grupo intervencionista presentaron más hemorragia intraventricular (CR 1,82; IC del 95%: 1,06 a 3,14; un estudio; 262 mujeres), más enfermedad de membrana hialina (CR 2,30; IC del 95%: 1,39 a 3,81; dos estudios; 133 mujeres), necesitaron más asistencia respiratoria (CR 1,50; IC del 95%: 1,11 a 2,02; dos estudios; 300 mujeres) y tuvieron mayores probabilidades de tener una edad gestacional inferior al nacer en días (diferencia de medias [DM] promedio -9,91; IC del 95%: -16,37 a -3,45; cuatro estudios; 425 mujeres), fue más probable que fueran ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales (CR 1,35; IC del 95%: 1,16 a 1,58) y tuvieran una estancia más larga en la unidad de cuidados intensivos neonatales (DM promedio 11,14 días; IC del 95%: 1,57 a 20,72 días; dos estudios; 125 mujeres) que los recién nacidos de madres asignadas a una política expectante. No obstante, los recién nacidos asignados a la política intervencionista tuvieron menores probabilidades de ser pequeños para la edad gestacional (CR 0,30; IC del 95%: 0,14 a 0,65; dos estudios; 125 mujeres). Las pacientes que habían sido asignadas al grupo intervencionista tuvieron mayores probabilidades de tener una cesárea (CR 1,09; IC del 95%: 1,01 a 1,18; cuatro estudios; 425 mujeres) que las asignadas a una política expectante. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las dos estrategias para otros resultados.

Conclusiones de los autores

Esta revisión indica que un enfoque expectante para el tratamiento de las pacientes con preeclampsia grave de aparición temprana se puede asociar con una disminución en la morbilidad para el recién nacido. Sin embargo, estas pruebas se basan en los datos de cuatro ensayos solamente. Se necesitan ensayos grandes adicionales para confirmar o refutar estos resultados y establecer si este enfoque es seguro para la madre.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Atención intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave antes del término

Las pacientes que desarrollan preeclampsia (hipertensión y proteína en la orina) antes de las 34 semanas de embarazo (aparición temprana) están en riesgo de complicaciones graves e incluso de morir. Las complicaciones involucran al hígado, los riñones y el sistema de coagulación de la paciente y causan trastornos neurológicos como cefalea, trastornos visuales y reflejos tendinosos exagerados. Si la placenta está involucrada, puede causar restricción del crecimiento o reducción del líquido amniótico, lo que coloca al feto en una situación de riesgo. La única curación conocida para la preeclampsia es el parto del feto. Nacer demasiado temprano puede provocar problemas para el neonato, incluso con la administración de corticosteroides entre las 24 a 48 horas previas para ayudar a la madurez de los pulmones. Algunos hospitales siguen una política del parto temprano dentro de 24 a 48 horas (tratamiento intervencionista), aunque otros prefieren retrasar el parto hasta que ya no es posible estabilizar con seguridad la afección de la paciente (tratamiento expectante).

Esta revisión incluyó cuatro ensayos que asignaron al azar a las pacientes a una política de tratamiento intervencionista o tratamiento expectante al presentar preeclampsia grave antes de las 34 semanas de embarazo. En estos cuatro ensayos se incluyeron 425 mujeres en total. Los neonatos de pacientes asignadas a un enfoque intervencionista tuvieron mayores probabilidades de presentar efectos adversos como hemorragia intraventricular y síndrome de dificultad respiratoria neonatal. También tuvieron más probabilidades de necesitar ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales y asistencia respiratoria, tener una estancia más larga en la unidad neonatal y pesar menos al nacer que los neonatos de pacientes asignadas a un enfoque terapéutico expectante. Las pacientes del grupo intervencionista también tuvieron más probabilidades de requerir cesárea para el parto. Por lo tanto, el retraso del parto puede ser más beneficioso para el neonato. Sin embargo, no hay datos suficientes para establecer conclusiones confiables acerca de los efectos comparativos sobre la mayoría de los resultados para la madre y, en consecuencia, sobre la seguridad materna de un enfoque expectante.

Estas pruebas se basan en los datos de cuatro ensayos pequeños solamente. Se necesitan ensayos adicionales grandes con seguimiento a largo plazo de los niños para confirmar o refutar si la atención expectante es mejor que el parto temprano en las pacientes que presentan preeclampsia grave antes de las 34 semanas de embarazo.